



tartumasennukseen.fi



# Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa

# Depression hoidon kolmiomalli

Kansansairauttamme depressiota voidaan hoitaa tehokkaasti ja potilaskeskeisesti depressiohoitajatoiminnan avulla. Tässä esitteessä kuvataan depressiohoitajan toimintaa perusterveydenhuollossa. Esite on tarkoitettu perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluita kehittävien ja niistä vastaavien henkilöiden perehdyttämiseen. Julkaisu sopii myös vasta depressiohoitajan työn aloittaneille, omalääkäreille ja konsultoiville psykiatreille.

Depression hyvä hoito on monialaista yhteistyötä. Hoidon keskipiste on potilas, jonka ympärille depressiohoitaja, omalääkäri ja psykiatri muodostavat yhteistyökolmion. Depression hoidon kolmiomalli tehostaa varhaista hoitoa ja aktiivista seurantaa. Kolmiomalli on ollut käytössä ja osoittautunut toimivaksi muun muassa [Vantaan Sateenvarjo-projektissa](#) ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Omalääkärin, sairaanhoitajan ja erikoislääkärin yhteistoiminnan tehokkuudesta on myös tutkimusnäyttöä ([www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)).

Depression hoidon kolmiomallista voi tehdä sovelluksia muuallekin kuin terveyskeskuksiin, esimerkiksi työterveyshuoltoon

tai neuvoloihin. Mallia voidaan muokata myös erilaisiin alueellisiin olosuhteisiin sopivaksi. Oleellista on säilyttää sovelluksissa psykiatrinen asiantuntemus ja kohdistaa hoito depressioon. Kolmiomallin soveltuvuudesta erilaisten psykososiaalisten ongelmien tai kriisipotilaiden hoitoon ei ole näyttöä. Tässä esitetty kolmiomalli ei ole täydellinen, vaan sitä tulee hioa edelleen. Eri-tyistä kehittämistä vaativat kohdat on tässä julkaisussa merkitty symbolilla [✱].

Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma ([Mieli 2009](#)) suosittelee kaikkiiin terveyskeskuksiin depressiohoitajatyömallia ja perusterveydenhuollon toiminnan vahvistamista psykiatrisella konsultaatiotuella. Ministeriön käynnistämien [Toimiva terveyskeskus](#)- ja [Palveluinnovaatio](#)-ohjelmien avulla vahvistetaan myös perusterveydenhuollon toimintaa. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän [Masto-hankkeen](#) tavoitteena on edistää masennuksen varhaista tunnistamista ja tehokasta akuuttivaiheen hoitoa perusterveydenhuollossa.

## KONSULTOIVA PSYKIATRI

- depressiohoitajan säännöllinen ohjaus
- omalääkäreiden koulutus ja konsultointi
- potilaiden konsultaatiotapaamiset

POTILAS

## OMALÄÄKÄRI

- depression diagnostiikka
- hoitopäätökset
- hoidon porrastuksen arviointi
- muun terveydentilan arviointi
- lääkitys
- työ- ja toimintakykyarvio

## DEPRESSIOHOITAJA

- oireiden kartoitus
- taustakartoitus
- potilasopetus
- psykososiaalinen tuki
- hoidon ja toipumisen seuranta
- yhteistyön ja hoidon koordinointi

## Depressiohoitajan tärkeät yhteistyökumppanit



Depressiohoitajan työ on sairauden hoitoa, jossa taudinmäärittämisestä ja annettavasta hoidosta päättää lain mukaan lääkäri. Sujuvassa työnjaossa potilas käy ensin lääkärillä, joka arvioi hoidon tarpeen, aloittaa hoidon ja ohjaa sopivat potilaat depressiohoitajan luo. Depressioon liittyy usein myös muita psykiatrisia ja somaattisia sairauksia. Sopivan hoidon, hoitopaikan ja jatkohoidon arvioiminen saattaa edellyttää sellaista perehtyneisyyttä psykiatria, johon omalääkäreillä ei aina ole mahdollisuutta. Niinpä psykiatrilla on merkittävä osuus hoidossa.

## Yhteistyö omalääkärin kanssa

Herkästi kroonistuvan ja uusiutuvan sairauden vuoksi depressiopotilaalla tulee olla nimetty omalääkäri. Depressiohoitaja tiedottaa omalääkärille potilaan voimista esimerkiksi potilaan ensimmäisen yhteydenoton ja ensimmäisen käynnin jälkeen sekä hoidon lopussa. Depressiohoitaja välittää omalääkärille myös

psykiatrin hoito-ohjeet sekä kirjaa ne potilastietoihin. Yhteistyötä omalääkärin kanssa tarvitaan esimerkiksi lääkemuutos-, lähete- ja sairauslomatarpeiden kohdalla tai esiin tulleiden somaattisten ongelmien selvittelyssä. Yhteistyön muodot sovitaan paikallisesti.

## Yhteistyö psykiatrin kanssa

Psykiatrilta saatu konsultaatioapu tehostaa hoitoa silloin kun potilas joutuu odottamaan erikoissairaanhoidon alkamista. Säännöllisellä psykiatrin kliinisellä ohjauksella depressiohoitaja voi hoitaa potilaita perusterveydenhuollossa pidempään ja tehokkaammin. Näin depressiohoitajan kokemus ja taidot karttuvat, lisäksi psykiatri voi osallistua alueellisen hoitomallin kehittämiseen ja laadun tarkkailuun. Konsultoivan psykiatrin täytyy nauttia omalääkäreiden luottamusta, jotta hänen antamansa hoito-ohjeet omalääkäreiden hoitovastuulla oleville potilaille otetaan käyttöön.

Perinteisten paperi- ja puhelinkonsultaatioiden lisäksi psykiatri voi konsultaa tioluonteisesti tavata potilasta muuttaman kerran ilman, että hoitovastuu siirtyy pois perusterveydenhuollosta. Potilaan ja psykiatrin tapaamisia voi toteuttaa myös videon välityksellä. Uutta informaatioteknologiaa hyödyntävät menetelmät lisääntynevät [✱]. Psykiatrin lausuntoja edellytetään monien etuuksien saamiseen, kuten pitkiin sairauspoissaoloihin ja eläkeratkaisuihin liittyen. Lausuntokäytäntöjen tulee olla joustavia sekä potilaan että hoitojärjestelmän kannalta [✱].



## Oireiden kartoitus

---



Masentuneen ihmisen on usein vaikea tietää, mistä aloittaa vointinsa kuvailun. Kertomista ja nykyhetkeen keskittymistä voi helpottaa yksinkertaisilla suorilla kysymyksillä, kuten ”mikä viime päivinä on voinnissasi haitannut eniten?”

Depressio on monen erilaisen oireen yhdistelmä. Se ilmenee ihmisissä yksilöllisesti. Oireiden merkitys potilaan elämänlaadussa ja arjessa selviytymisessä vaihtelee myös suuresti. Mitkä oireet potilasta haittaavat eniten ja miten ne vaikuttavat hänen elämänlaatuunsa? Nämä ovat kysymyksiä, jotka auttavat potilasta pohtimaan, minkä hän toivoisi muuttuvan voinnissaan.

Yleiskuvaa nykyoireista voidaan kartoittaa [BDI-21-kyselyllä](#), joka sopii myös toipumisen seurantaan. Toimintakyvyn arviointi pelkästään vastaanotolla tehtyjen huomioiden perusteella on vaikeaa [✱]; parasta on kysellä miten potilas selviytyy esimerkiksi itsestään huolehtimisesta, kotitöistä, lasten hoidosta, parisuhteen ylläpitämisestä, työstään, harrastaako hän jotakin ja pitääkö hän yhteyttä ystäviinsä sekä onko näissä tapahtunut viime aikoina muutosta. Depressioon usein liittyvästä päihdeongelmasta saa viitteitä [AUDIT-kyselyllä](#). Depressiohoidajan toteuttama lyhytneuvonta eli mini-interventio on tehokas keino puuttua alkoholin liiakkäyttöön ja saattaa helpottaa masennusoireiluakin. Ahdistuneisuutta voi selvittää kysymällä jännittyneisyydestä, pelokkuudesta, huolestuneisuudesta, ärtyneisyydestä ja niihin liittyvistä fyysisistä oireista.

## Depressiodiagnoosiin liittyvät oireet

1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa
2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää
3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys
4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen
5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset
6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen
7. Subjektiiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jahkailuna
8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu
9. Unihäiriöt
10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos

## Taustakartoitus

Elämäntilanne vaikuttaa  
mielialaan ja mieliala  
vaikuttaa muuhun elämään.  
Lasten hyvinvoinnista  
tulee pitää huolta.

### Käyttökelpoisia kyselylomakkeita

BDI-21 [www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti)  
> BDI

AUDIT [www.paihdelinkki.fi/testaa/audit](http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit)

MDQ [www.coronaria.fi/www.  
poliklinikka/pdf\\_lomakkeet\\_2008/  
Mielialahairiokysely.pdf](http://www.coronaria.fi/www.poliklinikka/pdf_lomakkeet_2008/Mielialahairiokysely.pdf)

Depression kulku on vaihteleva. Miten se on ilmennyt potilaan elämässä? Milloin potilas on viimeksi voinut hyvin? Minkälaista potilaan vointi oli ennen masennusoireita, mitä hän harrasti silloin, miten hän selvisi työssään ja minkälaista hänen arkensa oli? Milloin depressio-oireet alkoivat?

Monilla on ollut depressiojaksoja aiemmin. Kuinka usein oireita on ollut aikaisemmin ja minkälaisia ne ovat olleet? Pienellä osalla potilaista on ollut kohonnut mielialan jaksoja. [MDQ-kyselyllä](#) näistä jaksoista saa viitteitä.

Minkälaista hoitoa potilas on saanut aikaisemmin? Onko potilaalla hyviä kokemuksia jonkin aikaisemman hoidon tehosta? Jos potilaalla on ollut pitkä psykiatrinen hoitojakso erikoissairaanhoidossa, ei depressiohoitajan apu enää todennäköisesti edistä toipumista.

Kokemus jostakin depressiolääkkeestä vaikuttaa hoidon suunnitteluun. Mikäli joku aiempi lääke ei ole auttanut, onko

sen annostelu ollut riittävä? Usein potilaat ovat lopettaneet lääkityksen koke miensa sivuvaikutusten vuoksi. Mikäli sivuvaikutukset ovat olleet lääkkeen aloitukseen liittyviä, voi potilas tarvita nyt uudenkin lääkkeen aloitusvaiheessa tehostettua tukea.

Potilailla on useimmiten näkemyksiä huonon vointinsa syistä. On tärkeää, että nämä näkemykset tulevat kuulluiksi. Stressin aiheuttajia voidaan purkaa määrittelemällä yhdessä konkreettiset muutostavoitteet, jotka vielä paloitellaan pieniin osiin.

Keskustelussa tulee yleensä ilmi potilaan perhe- ja ihmissuhteet sekä työtilanne. Lasten hyvinvointi pitää ottaa aktiivisesti puheeksi ja arvioida heidän tarvitsemansa tukitoimet.



# Potilasopetus

Potilas sitoutuu hoitoon paremmin, jos hän luottaa siihen, että voi toimia ja saada hoitoa omien valintojensa pohjalta.

Voidakseen aidosti osallistua hoitopäätöksiin potilas tarvitsee tietoa hoidon ja hoitamatta jättämisen merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista ([laki potilaan oikeuksista 785/1992; 2 luku 5 §](#)). Potilaan on hyvä tietää depression oireista, syistä, yleisyydestä ja seurauksista sekä hoidon kuluista. Tieto hoitoon liittyvästä hyvästä ennusteesta antaa potilaalle toivoa.

Potilaalle oleellisia tietoja ovat vaikuttavien hoitovaihtoehtojen, kuten lääkehoidon ja psykoterapian, saatavuus ja sopivuus hänen kokonaistilanteeseensa. ([Masennuksen Käyvän hoidon potilasversio](#)) Lievä, vastikään alkanut depressio voi väistyä ilman lääkitystä tai psykoterapiaakin. Potilaat tarvitsevat myös opastusta keinoihin, joilla he voivat itse vaikuttaa mielialaansa.

Potilas voi kieltäytyä hänelle suositellusta hoidosta. Vaikka hän ei päätyisikään aktiiviseen hoitoon, on hänellä oikeus saada tukea ja hänen toipumistaan tulee seu-

rata. Hoidon ja seurannan suunnittelu on yhteistyötä: potilaan omat käsitykset hoidosta ja sen merkityksestä ovat yhdessä työskentelyn perusta, jolle myös hoitoon sitoutuminen rakentuu. Erityisesti lääkehoitoon liittyy paljon ennakkokäsityksiä, joista keskusteleminen on tärkeää.

Hoitojakson lopussa potilas tarvitsee tiedot, kuinka huolehtia itsestään ja hoitaa itseään jatkossa ja mihin ottaa yhteyttä, jos oireet palaavat. Yhdessä käydään läpi myös ne kullekin potilaalle yksilölliset oireet tai merkit, jotka kertovat hänelle uudelleen sairastumisen uhasta.

## Psykososiaalinen tuki ja toipumisen seuranta

---

Depressiopotilaan toipumisen seuranta on tavoitteellista. Sillä pyritään vahvistamaan potilaan omia selviytymiskeinoja.



Rajatun hoitojakson aikana pyritään varmistamaan toipuminen, johon yleensä riittää neljästä kuuteen käyntiä. Käynnit jaksotetaan yksilöllisesti. Ahdistuneet tai huonosti voivat potilaat saattavat tarvita tapaamisen jo samalla viikolla ja uudelleen viikon kuluessa. Toipumisen käynnistyttyä voi käyntien välillä olla useita viikkoja.

Hoidon tavoitteista ja sisällöstä sovi- taan yhdessä potilaan kanssa. Tavoitteen määrittelyä edeltää ongelmien jäsentely sekä voimavarojen ja ongelmanratkaisukeinojen kartoitus. Potilaan hoitomoti- vaatio ja sitoutuminen tavoitteeseen on keskeistä. Tavoitteen on oltava konkreet- tinen ja realistinen, ja sen toteutumista tulisi seurata tapaamisilla. Yleisenä tavoit- teena on kaikkien masennusoireiden väis- tyminen ja toimintakyvyn palautuminen normaaliksi.

Yhteistyönä syntyneessä hoitosuunni- telmassa potilaan oma osallistuminen on tärkeä. Potilaan tehtävänä voi olla esimer-

kiksi yhteydenpidon lisääminen läheisiin ja ystäviin, vuorokausirytmien korjaami- nen tai alkoholin käytön vähentäminen. Tapaamisissa vahvistetaan potilaan selviy- tymiskeinoja ja tuetaan häntä huolehti- maan omasta osuudestaan.

Masennusoireiden väistymistä seura- taan BDI-oiremittarilla. Lääkeannosten noston ja lääkkeiden vaihdon yleiset pe- lisäännöt depressiohoitaja sopii oman yk- sikön terveyskeskuslääkäreiden ja kon- sultoivan psykiatrin kanssa. Yhteisenä tavoitteena kannattaa pitää nopeaa hoi- tovastetta.

Tieto rajallisista käyntimääristä aut- taat keskittymään tärkeimpiin asioihin ja pitämään katseen tulevaisuudessa. Yksi selvittelykäynti ja ensisijaisen ongelman määrittäminen yleensä riittää niille, joi- den ongelmat liittyvät muuhun kuin dep- ression hoitoon. Jos esimerkiksi potilaan ensisijainen ongelma ovat toimeentulo- vaikeudet, häntä voidaan auttaa saamaan yhteyden sosiaalityöntekijään. Osa erikois-

sairaanhoitoa tai muunlaista hoitoa tarvit- sevista potilaista voidaan ohjata sopivaan hoitopaikkaan jo ensimmäisen tai toisen käynnin jälkeen. Yleensä voidaan melko nopeasti arvioida, riittääkö depressiohoi- tajan apu saavuttamaan oireettomuuden (BDI < 10) ja normaalin toimintakyvyn vai tarvitaanko tehostettua hoitoa esimer- kiksi erikoissairaanhoidossa.

Toipumisen jälkeen hoitosuhteen on hyvä jatkua pari vuotta. Harvajaksainen yhteydenpito voi tapahtua sovitusti pu- helimitse, sähköpostitse tai lyhyillä käyn- neillä [✱]. Tavoitteena on potilaan kan- nustaminen pikaiseen yhteydenottoon, mikäli masennusoireet uusiutuvat. Mah- dollinen depression uusiutuminen tapah- tuu yleensä melko pian masennusjaksosta toipumisen jälkeen. Uusiutumisen ris- ki kasvaa, jos toipuminen on jäänyt vail- lainaiseksi tai jos potilaan elämäntilantee- seen kasaantuu liian monia kuormittavia tekijöitä.

# Depressiohoitajien työn organisointi

Depressiohoitaja  
tarvitsee työnsä  
onnistuneeseen  
organisointiin  
esimiehen tuen.

Yhden depressiohoitajan työpanos kolmiomallilla riittää vastaamaan noin 20 000 asukkaan hoidon tarpeeseen. Yhteistyön kannalta on järkevintä, että depressiohoitaja työskentelee samassa yksikössä kuin potilaan omalääkäri.

Nykyisin depressiohoitajan esimiehenä toimii joko terveystieteiden hoitotyön esimies tai mielenterveysyksikön esimies. Joissakin suurissa organisaatioissa depressiohoitajilla on erillinen oma esimies. Hyvän esimiehen tulisi riittävästi ymmärtää työn ominaispiirteitä, henkistä vaativuutta ja uuden työmallin edellyttämiä koulutus- ja työnohjaustarpeita sekä depressiohoitajan erityisasemaa työyhteisössä. Toistaiseksi ei ole riittävästi kokemusta siitä, mikä olisi optimaalinen depressiohoitajan paikka sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa [\*].

Depressiohoitajan aikataulun täytyy olla riittävän väljä, jotta kiireelliseen hoitoon on mahdollisuus päästä viikon tai kahden sisällä. Päivittäin yli viiden potilaan

intensiivinen tapaaminen voi muodostua liian raskaaksi, erityisesti ensikäynnit saatavat olla kuormittavia. Toisaalta seuranta- ja tapaamiset ovat usein lyhyitä ja osa asioista hoituu puhelimitse. Depressiohoitajan työhön voi saada joustavuutta kehittämällä puhelin- ja sähköpostikontaktisovelluksia sekä ryhmätapaamisia [\*].

Sekä depressiohoitajalla että omalääkärillä täytyy olla mutkaton pääsy toistensa kirjaamiin potilastietoihin. Mielenterveyttä koskevien sairauskertomustietojen kirjaamisessa on noudatettava erityistä hienotunteisuutta ja asiallisuutta. Niistä tulee kuitenkin selvittää hoidon kannalta oleelliset tiedot, muun muassa hoitosuunnitelma ja hoidon tavoitteet, toteutuminen ja tuloksellisuus. Sairauskertomusjärjestelmästä pitää myös voida kerätä yleistä tietoa, jotta toiminnan laatua ja vaikuttavuutta voidaan arvioida, esimerkiksi potilaiden keskimääräisiä käyntimääriä, muutoksia BDI-pisteissä hoitajakson aikana tai hoitojen keskeyttämisiä.

# Depressiohoitajien koulutus ja työn kehittäminen

Vaikuttavan hoidon  
antaminen edellyttää  
monipuolista  
täydennyskoulutusta ja  
psykiatrin tukea.

Vakiintunutta koulutusjärjestelmää depressiohoitajien peruskoulutukseksi tai täydennyskouluttamiseksi ei tällä hetkellä ole [✱]. Depressiohoitajat ovat yleensä psykiatrisesti suuntautuneita sairaanhoitajia, joilla on aiempaa kokemusta työskentelystä mielenterveyspotilaiden ja heidän läheistensä kanssa psykiatrian alueella. Monipuolinen täydennyskoulutus ja psykiatrin tuki ovat edellytyksiä sille, että depressiohoitajan työ täyttää vaikuttavan hoidon laatuvaatimukset.

Depressiopotilaiden hoitaminen on henkisesti kuormittavaa työtä, joten jaksamisesta on huolehdittava erityisen hyvin. Mielenterveyslaissa mielenterveyspalveluiden antaminen edellyttää toimivaa työnohjausjärjestelmää. Jaksamista edistää myös depressiohoitajien keskinäinen vertaistuki (esimerkiksi vertaistyönohjaus), mahdollisuus osallistua täydennyskoulutuksiin sekä työnkuvan monipuolisuus. Toipuvat kiitolliset potilaat ovat yksi parhaista energialähteistä.

Depressiohoitaja joutuu rajaamaan työtään, koska mielenterveysongelmat perusterveydenhuollossa ovat hyvin yleisiä. Pelkästään depressiota sairastaa noin joka kymmenes terveyskeskuspotilas. Lisäksi depressiohoitajalle ohjautuu paljon ahdistuspotilaita, koska hoidon alussa on usein vaikea erottaa depressiota ja ahdistuneisuushäiriöitä toisistaan.

Depressio- ja ahdistuspotilaiden hoitoon kolmiomalli sopii ja on tehokas. Sen sijaan erilaisissa elämäntilanteissa olevien potilaiden tukemiseen depressiohoitajan työ voi olla liian lääketieteellisesti painotunutta ja erikoistunutta. Sovellukset, joissa depressiohoitajat tapaavat myös muita psykososiaalisista ongelmista tai elämäntilanteista kärsiviä potilaita, ovat osoittautuneet helposti ruuhkautuviksi ja liian kuormittaviksi.

## Yhteistyön koordinointi

Depressiohoitaja toimii potilattensa "case managerina" eli hän kokoaa tarvittavan tiedon ja toimii yhteyshenkilönä muihin yhteistyökumppaneihin. Tärkeimmät yhteistyökumppanit ovat potilaan perhe ja läheiset, joita voi tavata hoitokäynneillä. Perhe- tai pariterapia ei kuitenkaan kuulu varsinaiseen depressiohoitajan työhön. Työterveyshuolto on tärkeä yhteistyökumppani, jos potilaan työkyky on alentunut tai tarvitaan työjärjestelyjä tai muita työhön liittyviä tukitoimia [✱].

Lapsiperheiden asioissa yhteys neuvolaan tai lastensuojeluun voivat olla tarpeen – suositeltavaa on toteuttaa yhteydenotot

niin, että potilas on paikalla ja kuulemassa esimerkiksi puhelinkeskustelut. Muita yhteistyökumppaneita ovat esimerkiksi terveyskeskuksen psykologipalvelut, päihdepalvelut, sosiaalitoimi ja Kela.

Kaikille ei depressiohoitajan hoitojakso riitä. Yhteistyön muotoja psykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa kannattaa hioa paikallisesti sujuviksi. Hoitoon pääsyn kriteerit määrittelevät osaltaan työnjakoa. Monelle depressiopotilaalle lyhyestä psykoterapiajaksosta voi olla hoidon varhaisessa vaiheessa hyötyä [✱]. Kuntoutuspsykoterapiaan hakeutumisessa depressiohoitaja voi auttaa potilasta. Yhdessä psykiatrin kanssa laadittava kuntoutussuunnitelma ja kuntoutumisen seuranta ovat erikoissairaanhoidon.

Depressiohoitajan toimenkuvaan sopii hyvin depressiokouluryhmien ohjaaminen. Depressiokoulu sisältää mm. potilasopetusta, stressinhallintakeinojen opettelua sekä vertaistukea. Menetelmä sopii depression ennaltaehkäisyyn, uusiutumi-

sen ehkäisyyn sekä lievän depression hoitoon. Erityisesti lääkkeettömässä seurannassa oleville potilaille ryhmät saattavat sopia yksilötapaamisia paremmin. Monilla pitkäaikaissairailta, kuten diabeetikoilla, on kohonnut riski sairastua depressioon. Sairastumisen ehkäisemiseksi depressiohoitajat voivat järjestää depressiokouluryhmiä myös heille yhteistyössä muiden terveydenhuollon työntekijöiden kanssa.

Depressiohoitajat ovat työyhteisössään arvokkaita konsultteja, koska heille kertyy tietoa alueellisista mielenterveyspalveluista sekä saatavilla olevasta mielen terveyteen liittyvästä informaatiosta. He voivat myös toimia kouluttajina tai työn ohjaajina esimerkiksi muille terveydenhuollon ja sosiaalitoimen työntekijöille ja osallistua alueellaan mielenterveyspalveluiden kehittämiseen.



## Lisätietoa verkossa

### Depression käypä hoito

[www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023)

### Vantaan Sateenvarjo-projekti

[www.vantaa.fi/fi\\_perusdokumentti.asp?path=1;220;4725;4802;34468](http://www.vantaa.fi/fi_perusdokumentti.asp?path=1;220;4725;4802;34468)

### Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma

[www.thl.fi/mielijapaihde](http://www.thl.fi/mielijapaihde)

### Toimiva terveyskeskus

[www.stm.fi/toimivaterveyskeskus](http://www.stm.fi/toimivaterveyskeskus)

### Palveluinnovaatio-hanke

[www.stm.fi/palveluinnovaatiohanke](http://www.stm.fi/palveluinnovaatiohanke)

### FACULTAS toimintakyvyn arviointi -projekti

[www.tela.fi/?pid=1207907597](http://www.tela.fi/?pid=1207907597)

### Hoitoon pääsyn kriteerit

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2009.

STM:n selvityksiä 2009:5

[www.stm.fi/ohjeitалаakareille/kiireetonhoito](http://www.stm.fi/ohjeitалаakareille/kiireetonhoito)

### Depressiokoulu

Koffert T, Kuusi K: Depressiokoulu.

Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja.

Suomalainen selviytyjä -julkaisusarja, Suomen Mielenterveysseura

[www.mielenterveysseura.fi](http://www.mielenterveysseura.fi)

### Työstressirokotus

[www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi) > Työstressirokotus

### Toimiva lapsi & perhe -hanke

[info.stakes.fi/toimivaperhe](http://info.stakes.fi/toimivaperhe)

### Lait

[www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Laki potilaan oikeuksista

[www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785)

Mielenterveyslaki

[www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä

[www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559)

### Masto-hanke

[www.masto-hanke.fi](http://www.masto-hanke.fi)

### Sosiaali- ja terveysministeriö

[www.stm.fi](http://www.stm.fi)

### Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

[www.thl.fi](http://www.thl.fi)

---

### Työryhmä

lääkintöneuvos Maria Vuorilehto

sosiaali- ja terveysministeriö

pääsihteeri, dosentti Teija Honkonen

Masto-hanke, sosiaali- ja terveysministeriö

osastojohtaja, professori Jouko Lönnqvist

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos



tartumasennukseen.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö  
Masto-hanke

PL 33  
00023 Valtioneuvosto

Puhelinvaihe  
(09) 16001

Esitetilaukset  
masto@stm.fi

[www.masto-hanke.fi](http://www.masto-hanke.fi)  
[www.stm.fi/julkaisut](http://www.stm.fi/julkaisut)

Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:1  
ISSN-L 1236-2123  
ISSN 1236-2123 (painettu)  
ISSN 1797-982X (verkkojulkaisu)  
ISBN 978-952-00-2946-3 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2947-0 (PDF)  
URN:ISBN:987-952-00-2947-0  
2. painos

 SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

## Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa

Hyvä depression hoito on monialaista yhteistyötä. Potilas on hoidossa keskipiste, jonka ympärille depressiohoitaja, omalääkäri ja psykiatri muodostavat kolmion. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma ([Mieli 2009](#)) suosittaa kaikkiin terveyskeskuksiin depressiohoitajatyömallia.

Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa -esite on tarkoitettu mielenterveystyötä tekevien ja sitä kehittävien henkilöiden perehdyttämiseen. Julkaisu sopii myös vasta-aloittaneille depressiohoitajille, omalääkäreille ja konsultoiville psykiatreille.